

L'atteinte inflammatoire pelvienne et ses séquelles : un danger pour la fécondité de demain?

Marion Todd, James C. Hockin et A. Gordon Jessamine

Volume 15, numéro 1, avril 1986

Démographie et santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/600588ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/600588ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cette note

Todd, M., Hockin, J. C. & Jessamine, A. G. (1986). L'atteinte inflammatoire pelvienne et ses séquelles : un danger pour la fécondité de demain? *Cahiers québécois de démographie*, 15(1), 125–132. <https://doi.org/10.7202/600588ar>

L'atteinte inflammatoire pelvienne et ses séquelles: un danger pour la fécondité de demain?

Marion TODD, James C. HOCKIN et A. Gordon JESSAMINE*

INTRODUCTION

L'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) est le syndrome clinique lié à l'infection des voies génitales de la femme. Dans les pays industrialisés de l'Ouest, l'AIP est une complication grave d'une infection ascendante à *Chlamydia trachomatis*, à *Neisseria gonorrhoeae*, ou à *Mycoplasma hominis*, organismes transmis sexuellement, ou d'une infection associée à une flore vaginale endogène. Parmi les autres facteurs pouvant susciter une AIP, il importe de mentionner l'utilisation de dispositifs intra-utérins (stérilets), ainsi que les actes chirurgicaux et diagnostiques. Les séquelles à long terme comprennent, entre autres, les grossesses extra-utérines, l'infécondité et les douleurs pelviennes chroniques. Parce que l'AIP n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada, il est impossible d'en préciser l'incidence réelle. Nous pouvons toutefois nous faire une idée de l'étendue du problème en nous reportant aux données sur l'hospitalisation.

MÉTHODES

Pour déterminer le nombre de congés à la suite d'une hospitalisation pour AIP entre 1971 et 1981 (la dernière année pour laquelle il existe des données), nous nous sommes servis des chiffres sur la morbidité hospitalière obtenus de la Section des soins en établissement de Statistique Canada. Il convient de noter que les données sur la morbidité hospitalière ont été établies par année civile jusqu'en 1979; depuis lors, les chiffres sont compilés selon l'exercice financier (au 1er avril). Les codes de la Classification internationale des maladies CIMA-8 (National Center for Health Statistics, 1967) utilisés pour l'analyse, sont le 612 - salpingite et ovarite aiguës, le 613 - salpingite et ovarite chroniques, le 614 - salpingite et ovarite sans précision, et le 616 - maladies inflammatoires du

* Santé et Bien-être social Canada, Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa.

paramètre et du péritoine pelvien de la femme. Depuis 1979, le code 614 de la nouvelle classification internationale CIM-9 (Organisation mondiale de la santé, 1978) a été précisé : il comprend les affections inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope, du tissu cellulaire pelvien et du péritoine pelvien. Pour chaque année civile, les taux ont été obtenus en utilisant les chiffres de population estimés pour le milieu de l'année. Une représentation des taux selon les cohortes de naissances a permis d'illustrer les tendances. Les taux annuels ont été calculés par groupe quinquennal d'âge, pour les âges de 15 à 44 ans. Pour faire état de l'expérience d'une cohorte née au cours d'une même année, les taux ont été interpolés dans l'ensemble des groupes d'âge selon la méthode du «spline» cubique.

RÉSULTATS

Entre 1971 et 1981, plus de 160 000 congés à la suite d'une hospitalisation pour AIP ont été enregistrés chez des femmes âgées de 15 à 44 ans. Le tableau 1 démontre que le taux annuel a

Tableau 1

Congés à la suite d'une hospitalisation pour AIP,
taux par âge (pour 100 000 femmes). Canada, 1971-1981

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
1971	185,9	318,9	309,0	300,7	246,8	158,0	254,1
1972	202,9	328,8	323,8	295,9	242,8	153,8	259,8
1973	218,0	352,2	318,7	290,0	220,2	157,4	266,1
1974	232,2	351,4	321,1	284,2	233,7	146,2	269,6
1975	241,3	348,1	330,7	273,8	210,0	131,9	268,3
1976	245,6	380,3	329,5	292,0	212,2	137,7	276,8
1977	270,1	403,7	356,5	300,8	217,1	141,9	296,4
1978	259,7	401,1	357,0	283,9	221,2	137,5	291,4
1979	271,8	405,0	363,6	281,5	189,6	124,7	291,0
1980/81	281,0	432,7	374,1	295,3	195,3	128,3	301,6

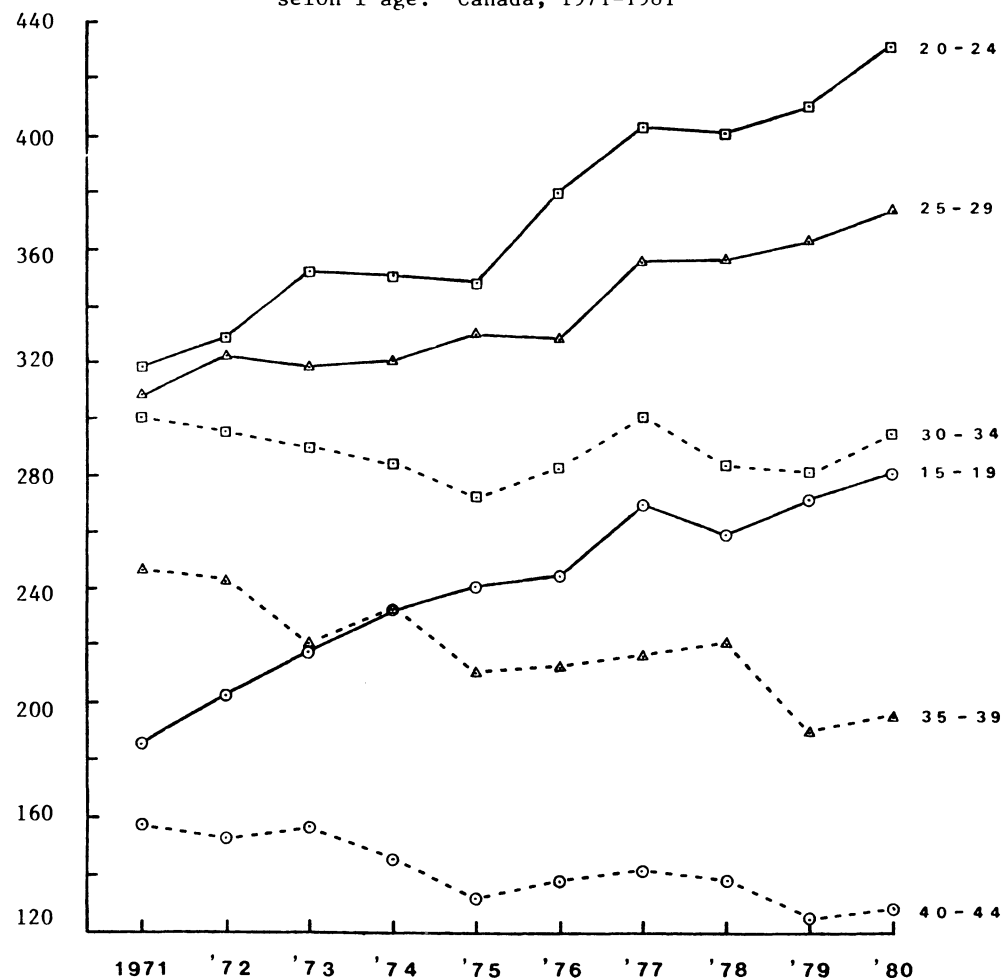
Source : Statistique Canada, Section des soins en établissement.

Note : Les chiffres de 1980/81 sont provisoires.

Graphique 1

Congés à la suite d'une hospitalisation pour AIP (pour 100 000 femmes),
selon l'âge. Canada, 1971-1981

Taux
pour
100 000
femmes



fortement augmenté au cours de la période visée pour les femmes âgées de 15 à 29 ans, mais a baissé pour celles des groupes d'âge plus élevé, et que le taux global (tous âges) a grimpé d'environ 20 pour cent. L'augmentation la plus importante s'est produite chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (51 pour cent), suivies des 20-24 ans (36 pour cent) et des 25-29 ans (21 pour cent). Le graphique 1 montre clairement qu'au cours de la période 1971-1981, les femmes de 20 à 24 ans ont continuellement connu les taux d'hospitalisation les plus élevés. Ce groupe d'âge a enregistré un taux annuel égal à deux, voire trois fois celui des femmes de 40 à 44 ans. En fait, l'écart entre les deux groupes extrêmes s'est accru : en 1971 le taux des 20-24 ans était le double de celui des 40-44 ans, en 1981 il était plus que le triple. Pour l'ensemble de la période 1971-1981, les femmes de 15 à 24 ans sont intervenues pour 48 pour cent de tous les diagnostics-congés d'AIP. Le graphique 2 montre que les femmes canadiennes ont accusé des taux d'hospitalisation supérieurs à chaque cohorte quinquennale de naissances successive.

DISCUSSION

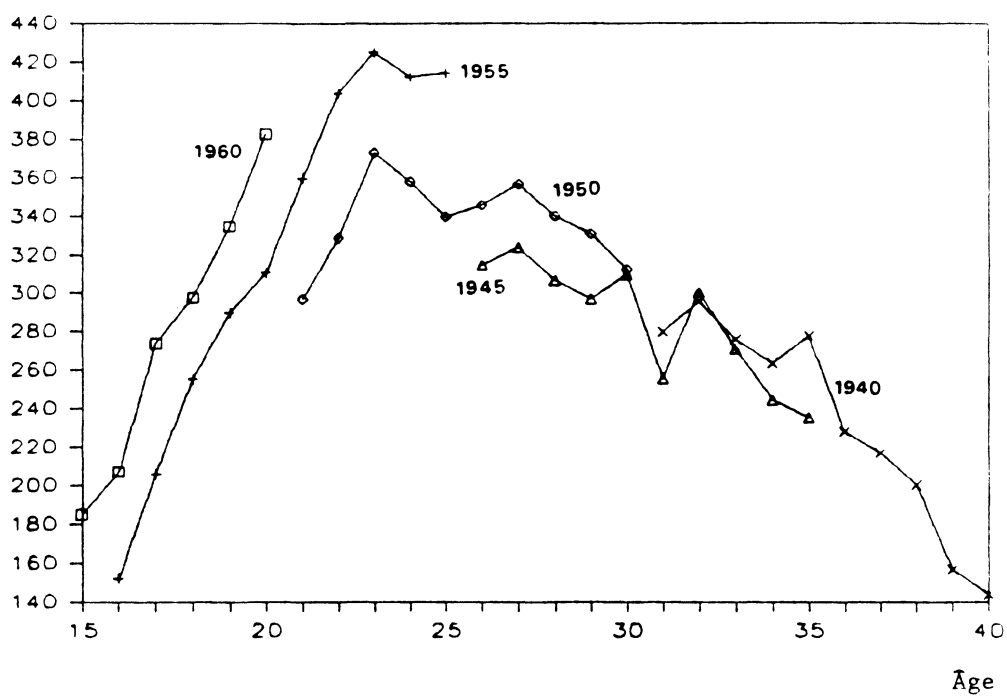
Il convient de noter que les données ne visent que les seules femmes qui ont été hospitalisées pour une AIP, ce qui implique que probablement nous n'avons considéré que la forme la plus grave de la maladie. Il est impossible d'obtenir des données sur le nombre de cas traités en consultation externe au Canada, mais des données américaines (Curran, 1980) laissent supposer que seulement 10 à 15 pour cent de tous les cas d'AIP sont hospitalisés. L'augmentation constatée dans les hospitalisations au cours de la période examinée peut tenir à divers facteurs. L'épidémiologie de l'AIP est comparable à celle des maladies transmises sexuellement (MTS). Au cours de la période visée, le taux de blennorragie chez les femmes âgées de 15 à 19 ans a grimpé de 71 pour cent alors que celui enregistré chez les femmes de 20 à 24 ans a augmenté de 41 pour cent (Bureau d'épidémiologie, 1971, 1982). Au cours de la même période, les taux d'hospitalisation pour AIP chez les femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans ont augmenté de 51 pour cent et de 23 pour cent respectivement. Le taux d'hospitalisation pour AIP est le plus élevé chez les 20 à 24 ans; ce groupe d'âge accuse également le taux déclaré le plus élevé de blennorragie. Le graphique 3 montre à quel point l'évolution de ces deux maladies a été parallèle.

L'utilisation de dispositifs intra-utérins a été associée à un risque trois à cinq fois plus grand d'AIP, le risque le plus important étant noté chez les femmes de moins de 20 ans. L'utilisation des stérilets a probablement augmenté en raison de l'introduction, dans les années 1970, de dispositifs convenant aux nullipares.

Graphique 2

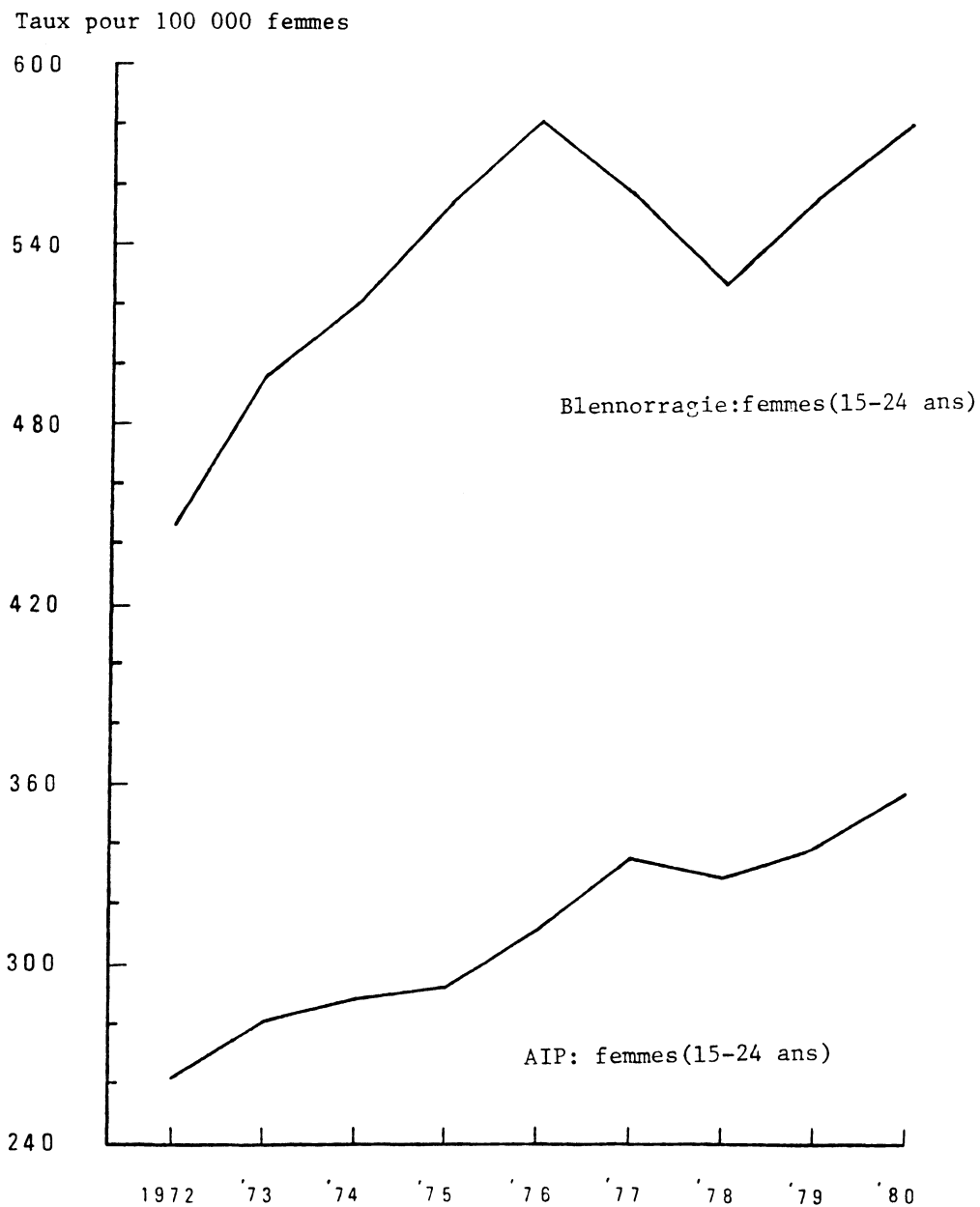
Congés à la suite d'une hospitalisation pour AIP (pour 100 000 femmes), pour les cohortes de naissances 1940-1960

Taux pour 100 000 femmes



Graphique 3

Incidence de la blennorragie et de l'atteinte inflammatoire
pelvienne chez les femmes de 15 à 24 ans au Canada,
1972-1980 (taux pour 100 000 femmes)



L'AIP peut entraîner des séquelles sérieuses, y compris l'infécondité, voire la stérilité au niveau des trompes, les grossesses extra-utérines et les douleurs pelviennes chroniques. Des études prospectives effectuées en Suède (Weström, 1980) ont démontré qu'après une première atteinte inflammatoire pelvienne, quelque 20 pour cent des femmes concernées devenaient infécondes, et qu'après trois atteintes, 65 pour cent étaient dans cette situation. Signalons ici qu'entre 1969 et 1977, le taux canadien d'hospitalisation pour infécondité a triplé, passant de 14 à 42 pour 100 000 femmes en âge de reproduction (Jessamine, 1981).

De même, le risque de grossesse extra-utérine après un épisode d'AIP est de six à dix fois plus grand que celui qu'accusent les femmes qui n'ont jamais contracté d'AIP (Weström, 1975). Il y a lieu de remarquer ici qu'entre 1971 et 1981, le nombre de grossesses extra-utérines au Canada a doublé. Une analyse par cohorte a révélé que les femmes éprouvaient une grossesse extra-utérine à un âge de plus en plus jeune et que le taux de grossesse extra-utérine augmentait à chaque cohorte quinquennale de naissances successive (Hockin et Jessamine, 1984). Cette analyse a permis de déterminer qu'une femme sur cinquante nées en 1950 aura probablement eu une grossesse extra-utérine avant d'atteindre l'âge de quarante ans.

La mise au point de programmes rigoureux de lutte contre les MTS et de directives concernant l'utilisation de techniques comportant des risques accrus d'AIP, permettra probablement de réduire l'incidence d'AIP aiguë. Quoi qu'il en soit, dans les années à venir le système canadien des services de santé sera confronté à des taux croissants de grossesse extra-utérine et d'infécondité liée à une atteinte des trompes, ceci en relation avec la croissance des taux d'atteinte inflammatoire pelvienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BUREAU D'ÉPIDÉMIOLOGIE, 1971. Maladies transmises par contacts sexuels - Canada, 1971. Ottawa, Ministère de la santé et du bien-être social.
- BUREAU D'ÉPIDÉMIOLOGIE, 1982. Les maladies transmises sexuellement - Canada, 1982. Ottawa, Ministère de la santé et du bien-être social.
- CURRAN, W., 1980. «Economic consequences of pelvic inflammatory disease in the United States». American Journal of Obstetrics and Gynecology, 138, 848-851.
- HOCKIN, James C. et A. Gordon JESSAMINE, 1984. «Trends in ectopic pregnancy in Canada». Canadian Medical Association Journal, 131, 737-740.
- JESSAMINE, A. Gordon, 1981. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 21, 102.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 1967. International Classification of Diseases, Adapted for Use in the United States, 8th Revision. Washington, US Dept of Health, Education and Welfare, DHEW Publication no 1693.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1978. Classification internationale des maladies, 9e révision. Genève.
- WESTROM, L., 1975. «Effects of acute pelvic inflammatory disease on fertility». American Journal of Obstetrics and Gynecology, 121, 707-713.
- WESTROM, L., 1980. «Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries». American Journal of Obstetrics and Gynecology, 138, 230-237.